Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 23 września 1882. **№ 38.** Rok XXI.

I. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.
Podał **Dr. Rydygier.**
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Uciskadła moje elastyczne składają się z dwóch pręcików żelaznych powleczonych odwietrzonym wężykiem kauczukowym, 13—15cm. długich, w razie potrzeby i dłuższych, a $^3/_4$cm. szerokich. Jeden taki pręcik podsuwamy pod tylną a drugi kładziemy na przednią ścianę żołądka, resp. dwunastnicy, poprzecznie lub skośnie do ich osi. Wystające u góry i u dołu końce pręcików łączymy gumowemi nitkami tak, że ani kropla treści żołądka ani dwunastnicy nie może wypłynąć. Uciskadła nasze elastyczne mają tę zaletę przed wszelkiemi kleszczykami, że jako narzędzia o ramionach równoległych i równolegle działających na całéj przestrzeni, wywierają równy ucisk na ścianę żołądka resp. jelit, a nadto że ucisk ten jest w skutek powleczenia i połączenia gumowego miękki, elastyczny i niejako sam się reguluje. W pierwszym moim przypadku i pierwszych doświadczeniach Wehra używaliśmy nitki jedwabnéj do połączenia pręcików. Niebawem przekonaliśmy się (w 5tém jego doświadczeniu), jak trudno jest wymierzyć odpowiednią siłę ucisku, ażeby nie wywołać martwiny ścian na miejscu ucisku. Od tego czasu używaliśmy zawsze nitek gumowych, i już nigdy podobne nieszczęście nam się nie zdarzyło [1]).

Wszelkie kleszcze i nożyce zwyczajne uciskają najbardziéj blisko zamka, choćby ich ramiona były pociągnięte gumą; a im daléj ku końcom, tém słabszy ucisk i dla tego nasze uciskadła zasługują na pierwszeństwo przed niemi. Nawet kleszcze o równoległych ramionach, ale na sposób nożyc jelitowych Dupuytrena połączonych, choćby je gumą pociągnięto, wywierają zanadto twardy i wcale nie podatny ucisk z powodu stałego połączenia, a siłę ucisku trudno oznaczyć; podczas gdy nasze uciskadła, jak to już wspomnieliśmy, niejako same się regulują co do siły ucisku. Naturalnie i tu nie wolno zawiązać nadmiernie silnie gumowych nitek. Uciskadło elastyczne zasługuje także na pierwszeństwo przed tymczasową podwiązką, czy to elastyczną Czernego, czy téż jedwabną Schedego; bo układa ściany żołądka i dwunastnicy płasko, podwójnie obok siebie i tém znacznie ułatwia szycie, kiedy podwiązka nałożona blisko miejsca przecięcia marszczy przekrojone ściany. Nadto ucisk rozdzielony na płaską przestrzeń nigdy nie potrzebuje być tak silnym, ażeby zapobiedz przesączaniu treści, jak linijowy ucisk podwiązki; a wreszcie nie wrzyna się tak bardzo.

W końcu i to jeszcze stanowi zaletę naszych uciskadeł, że wystające ich końce mogą posłużyć jako rączki, za pomocą których pewno i z łatwością możemy wykonywać wszelkie ruchy brzegami przeciętemi, potrzebne do dokładnego szycia.

Wehr zmienił uciskadło o tyle, że zamiast górnego pręcika użył wężyka gumowego.

Poniżéj przy odpowiednim akcie operacyi dowiodę, że zamknięcie światła przeciętego za pomocą narzędzi daleko więcéj się zaleca, niż przeciwne postępowanie, gdzie światła albo wcale nie zamykamy, albo tylko częściowo za pomocą rąk asystentów i gąbek.

II. akt operacyjny: Otworzenie jamy brzusznéj.

Dotąd postępowano przy otwieraniu jamy brzusznéj dwojakim sposobem: robiono cięcie w smudze białéj, albo też ponad guzem przecinano ściany brzuszne skośnie za przykładem Billrotha.

[1]) Na twierdzenie Wölflera, że już Gussenbauer o tych elastycznych uciskadłach wspomina, odpowiadam, że Gussenbauer mówi o kleszczach zrobionych podobnie do nożyczek jelitowych *(Darmscheere)* Dupuytrena, a więc z połączeniem stałém. Uciskadła elastyczne, których zaletę upatruję właśnie w elastycznem połączeniu gumowém, nie są moje. Słusznie powiedziałsam Gussenbauer o uciskadłach, które on miał na myśli, że trudnoby pewnie było utrafić niemi na odpowiednią siłę ucisku, ażeby uniknąć złych następstw.

Podług mego zdania cięcie podłużne zasadniczo zasługuje na pierwszeństwo przed cięciem poprzecznêm Billrotha. Szczególnie uważam cięcie w smudze białéj za najlepsze i przenoszę je nad wszystkie inne cięcia, nawet nad cięcie po prawéj stronie od linii białéj, dawniéj przezemnie zalecane.

Zalety cięcia w smudze białéj celem otworzenia jamy brzusznéj bez naruszenia mięśni prostych i ich pochewek itd. są dostatecznie znane i uznane tak, że się nad niemi nie potrzebuję obszerniéj rozwodzić. Wykażę tylko, że za pomocą tego cięcia można odźwiernik wyciąć bez wszelkiego utrudnienia. Dowiodło tego już doświadczenie, mianowicie dla tych przypadków, które w o g ó l e n a d a j ą s i ę d o w y c i ę c i a. Podług powyżéj wyłuszczonych zasad: P é a n, C z e r n y, B e r n s, L a u e n s t e i n i j a w 2ch przypadkach użyliśmy cięcia w linii białéj, a zawsze udało nam się wycięcie uskutecznić, chociaż kilka z tych przypadków, co do zrostów z narządami przyległemi, leżało już poza granicami powyżéj naznaczonemi. Lücke w swoim przypadku musiał w środku cięcia w linii białéj dodać jeszcze cięcie poprzeczne, nie mogąc bez niego wycięcia ukończyć, ale L e d d e r h o s e sam przyznaje, że przypadek ten prawdziwie nie był stosowny do operacyi, jak to późniéj się wykazało.

Podług W ö l f l e r a (l. c. str. 17) cięcie poprzeczne ma następujące zalety:

1) Żołądek chory nastawia się natychmiast w ranę, a operujący widzi dokładnie nie tylko prawą część żołądka, ale i odźwiernik i dwunastnicę.

2) Zapobiega się łatwiéj wypadnięciu trzew.

3) W razie zrostu raka z otrzewną ścian brzusznych można zrośnięte części wygodnie wyciąć w całéj rozciągłości bez nowego cięcia.

Co do 1. Doświadczenie wykazało, że odszukanie choréj części nigdy najmniejszéj trudności nie sprawia. Przyznaję, że cięcie w linii białéj nie dozwala może tak swobodnych i wygodnych ruchów podczas operacyi w i e l k i c h, d a l e k o s i ę g a j ą c y c h raków, jak wycięcie poprzeczne. Przekonałem się o têm w drugim przypadku moim laparotomii próbnych, gdzie wydobycie wielkiego guza rakowatego było utrudnione. Sądzę atoli, że takie przypadki nie nadają się do operacyi, bo zwykle już istnieją zrosty znaczne i przerzuty, jak w moim dopiero co wspomnianym przypadku, albo w pierwszym przez Billrotha operowanym, gdzie rak także był nadzwyczaj wielki, a już po kilku zaledwie miesiącach nastąpiła recydywa.

Co do 2. Dotychczas żaden z operatorów, który użył cięcia w linii białéj, nie uskarżał się na to, żeby jelita miały wielką dążność do wypadania. Mnie przynajmniéj dotychczas w żadnéj z powodu raka lub wrzodu odźwiernika podjętéj laparotomii (7 przypadków) nie sprawiało to najmniejszego kłopotu.

Nie pojmuję téż, w jaki to sposób cięcie poprzeczne ma zapobiegać wypadaniu jelit. Przeciwnie każdy nieuprzedzony sądziłby, że cięcie poprzeczne rozszerzające się za każdym skurczem przeciętych mięśni chyba ułatwi wypadanie.

Co do 3. Powierzchowne zapalne zlepy guza z otrzewną uda się oddzielić z łatwością przy cięciu w smudze białéj; już nie tak łatwo zrosty rakowate, przechodzące aż na mięśnie brzuszne. W tych przypadkach byłoby cięcie poprzeczne jedynie odpowiedniém, gdyby one w ogóle nadawały się do wycięcia. Billroth sam zalecał na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie, żeby skrupulatnie wybierać przypadki odpowiednie do operacyi; a jabym uważał wszystkie te przypadki, gdzie rak już się rozszerzył na mięśnie powłok brzusznych, za nieodpowiednie do operacyi, chociaż badanie zwłok w 2 przypadku Billrotha, gdzie podobne stosunki zachodziły, wykazało, że i wtenczas jeszcze można raka zupełnie wyciąć. Pytanie, czyby nie była wkrótce nastąpiła recydywa.

Cięcie poprzeczne podług Wölflera niema nigdy żadnych złych następstw. Nie mogę zamilczeć, że w 2 przypadku Bardenheuera (Nr. 17) śmierć nastąpiła 8 dnia po operacyi w s k u t e k o g r a n i c z o n e g o z a p a l e n i a o t r z e w n y w z d ł u ż c i ę c i a p o p r z e c z n e g o. Szwy ścian żołądka wybornie się trzymały tak, że Bardenheuer sam przypisuje śmierć w tym przypadku jedynie owemu zapaleniu. Pisze mi co do cięcia poprzecznego: *„Ueberhaupt will mir der Querschnitt nicht behagen, weil die Vernähung desselben durch die Retraction der querdurchtrennten Musculatur erschwert wird.“* (Nie podoba mu się cięcie poprzeczne i z téj przyczyny, że trudno połączyć szwem skurczone po przecięciu mięśnie).

W ostatniéj méj próbnéj laparotomii użyłem półksiężycowego cięcia podłużnego na prawo od linii białéj: otworzyłem więc pochewkę m. prostego i przeciąłem część jego włókien. Przystęp do odźwiernika był wygodny, ale nastąpiło ropienie w pochwie m. prostego. Wcale nie twierdzę, żeby postępowaniem ściśle przeciwgnilném nie można było zapobiedz podobnym następstwom; mimo to wyjątkowo zdarzyć się mogą, podczas gdy przy cięciu w linii białéj zupełnie na pewno tego unikamy.

C i ę c i e w s m u d z e b i a ł é j u w a ż a m p o r o z w a ż e n i u w s z y s t k i c h o k o l i c z n o ś c i j a k o z a z w y c z a j n a j o d p o w i e d n i e j s z e, w w y j ą t k o w y c h p r z y p a d k a c h m o ż e b y ć w s k a z a n é m c i ę c i e p o p r z e c z n e.

Przed otworzeniem otrzewny powinniśmy dokładnie i zupełnie krwotok zatamować. Po otworzeniu jamy brzusznéj badamy palcami i wzrokiem jeszcze raz stosunki bliższe odźwiernika, a gdyby się miało wykazać, że przypadek nie we wszystkiém odpowiada warunkom podanym w wskazaniach, natenczas winniśmy poprzestać na laparotomii próbnéj i jamę brzuszną napowrót zaszyć. Tylko wyjątkowo pozostaną nam i wtenczas jeszcze stosunki nie zupełnie jasnemi jak w przypadku Lückego; zwykle jednak poznamy nietylko wielkość i rodzaj guza, ale zarazem zrosty lub przerzuty do sąsiednich narządów, gdyby miały miejsce.

Akt II. operacyjny. Wydobycie i zupełne oddzielenie wyciąć się mającego odźwiernika.

Po dokładném zbadaniu i przekonaniu się, że przypadek odpowiednim jest do operacyi, przystępujemy do oddzielenia więzadeł, a najprzód wielkiéj sieci.

Postępowanie jest tu dwojakie: zakładamy podwójne podwiązki *en masse* (*Massenligatur*) za pomocą zwyczajnéj igły tętniakowéj (*Aneurysmennadel*) i pomiędzy niemi przecinamy, albo przeszywamy sieć anatomicznemi kleszczykami i zakładamy w małych odstępach kleszczyki Billrotha, które wyciskają rowki zapobiegające późniéjszemu ześlizgiwaniu podwiązek. Wölfler zaleca przyżeganie termokauterem pomiędzy podwiązkami; ja nie widzę w têm żadnéj korzyści. Miejsca zupełnie przeźroczyste i nie zawierające żadnych naczyń wolno poprzedzierać. Jeżeli przy oddzielaniu natrafimy na powiększone gruczoły, to je także wycinamy.

W podobny sposób postępujemy przy oddzielaniu sieci małéj, tylko że tu nieraz zakładanie podwiązek jest więcéj utrudnione.

Należy się wystrzegać, żeby otrzewnowych więzadeł żołądka nie oddzielać daléj, jak do granicy, gdzie zamyślamy ściany przeciąć. W przeciwnym bowiem razie narażamy się na zgorzel odpowiednich części ścian, jak to Madelunga i moje (l. c.) doświadczenia uczą.

Części żołądka i dwunastnicy wydobyte ponad ściany brzuszne, a nie mające być wycięte, lecz po zeszyciu odprowadzone, pokrywa się odwietrzonemi i ogrzanemi kompresami podczas całego tego aktu.

Zrosty odźwiernika z trzustką, czy to w raku odźwiernika, jeśli są o tyle nieznaczne, że nie uważaliśmy ich za przeszkodę do operacyi, albo poprzednio nie wykryliśmy ich czy też w wrzodzie głębiéj sięgającym, oddzielamy także krok za krokiem pomiędzy podwiązkami z tą różnicą tylko, że tu nieraz musimy zakładać podwiązki przeszywając tkankę trzustki, ażeby pewniéj zatamować krew i zapobiedz późniejszemu zesuwaniu podwiązek. Nieraz w przypadkach wrzodu, podobnych do mojego (Nru 22), wypadnie nawet wyciąć kawałki trzustki razem z odźwiernikiem.

Po oddzieleniu całego guza podsuwamy pod niego odwietrzone kompresy i unosimy go zupełnie ponad ściany brzuszne. (C. d. n.)

II. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

W ogóle tedy obrazki sfigmograficzne przy topieniu otrzymywane wykazują następujące szczegóły:

Porównywając sfigmogramy fig. 22 z fig. 23 widzimy w pierwszych trzydziestu sekundach nieznaczne tylko podwyższenie parcia krwi, lecz uderzającą jest znów różnica: na jednym obrazie widać zupełne zniknięcie krzywizn oddechowych, gdy w drugim ślad takowych, aczkolwiek niewyraźny, istnieje, dając się jeszcze wykazać w tym czasie, gdy wzniesienie się krzywéj zaczyna nagle wzrastać.

Jak w innych obrazach sfigmograficznych tak i tu (fig. 23), w miarę znikania krzywizn oddechowych, krzywizny „tętna“ się zmieniają, a mianowicie pod dwojakim względem: 1) stają się mniéj liczne, blizko pięć razy i 2) stają się wybitniejsze, wyższe.

Szczegółów tych oczywiście fig. 22 nie wykazuje. Wyrażając słowami powyższe szczegóły sfigmogramu, możemy wypowiedzieć następujące zdania:

A) Przy nagłém wlewaniu płynu do tchawicy w jednym szeregu przypadków parcie krwi przez pierwszych mniéj więcéj sekund 30 pozostaje prawie niezmienioném, lub tylko nieznacznego doznaje podwyższenia.

B) Oddechy w pierwszych chwilach nieraz zupełnie ustają, a w innych zaledwie są widoczne.

C) W pierwszym razie tętno staje się mniéj licznem, lecz silniejszém, w drugim zaś przypadku jest nieregularnem. Wyznać musimy już na tém miejscu, że przyczyny tych różnic wykazać nie mogliśmy.

Porównywając sfigmogramy otrzymane w drugiéj połowie minuty pierwszéj, i w chwilach następnych, widzimy, że np. w przypadkach reprezentowanych przez sfigmogram fig. 23 parcie krwi nagle wzrasta, i to kilkadziesiąt razy. Przejście jest raptownem. *Maximum* to trwa 2—3 sekund i nagle opada do poziomu prawie normalnego, na któréj to wysokości utrzymuje się aż do końca życia zwierzęcia, tj. przez 2—3 minut. Drugi typ reprezentuje przypadki (fig. 22), gdzie krzywa parcia krwi powoli się wznosi i dopiero w ciągu połowy pierwszéj minuty dochodzi do *maximum* wzniesienia. *Maximum* to co do wielkości dorównywa temu, jakie w poprzednich przypadkach widzimy, i trwa również 2—3 sekund, przechodzi następnie w stan odpowiadający „pierwszym chwilom“ w przypadkach typu poprzedniego, tj. okazuje mniéj liczne krzywizny tętna, lecz wybitniejsze. Zakończeniem znów nie różni się ten typ od poprzedniego.

Wnioski tedy dają się sformułować w następującéj postaci:

D) *Maximum* parcia krwi występuje, albo bywa poprzedzone **wielkiemi wahaniami**, występującemi jednakowoż zawsze dopiero po dłuższém trwaniu topienia.

E) W obu razach wielkość tegoż *maximum* dochodzi do kilkudziesięciorazowego powiększenia parcia normalnego.

F) *Maximum* trwa 2—3 sekund.

G) Przejście do okresu następnego, końcowego, jest zawsze nagłe.

H) Tętno jest albo drobne, liczne; albo wielkie, rzadkie i powoli po 2—3 minutach, licząc od *maximum*, ustaje.

I) Drgawki zazwyczaj występują tuż przy pojawianiu się *maximum* parcia krwi.

Dział drugi przypadków nagłego topienia stanowią sfigmogramy reprezentowane przez fig. 25 i 26, gdzie parcie szybko i wysoko się wznosi. Istnieje wprawdzie okres, w którym parcie, pomimo odciętego dowozu powietrza, nie zwiększa się; jest on wszelako zbyt małym, zaledwie 4—5 sekund trwającym. Szczegóły tych sfigmogramów są prawie te same co poprzednich, w jednym tylko punkcie występuje różnica wybitniejsza, a mianowicie, że

K) Wielkość *maximum* parcia w tych przypadkach jest prawie o połowę mniejszą.

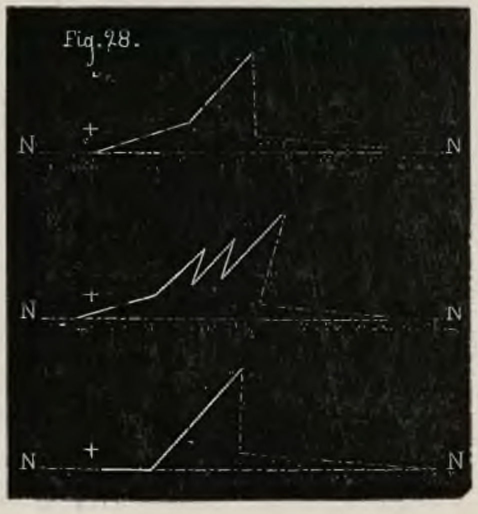
O wypadkach otrzymanych po topieniu powolném nie mamy nic osobliwszego do powiedzenia. Wspomnieliśmy o nich powyżéj, zwracając przytém uwagę na podobieństwo tych obrazów z innemi.

Chcąc szematycznie uzmysłowić zachowanie się parcia krwi przy topieniu podajemy następujące szkice: (Fig. 28).

Znak + wskazuje chwilę odcięcia odpływu powietrza. Linija oznaczona kropkami odpowiada drugiéj połowie aktu topienia.

Nie wdajemy się na tém miejscu w szczegółowe drobiazgowe zestawienie wniosków, jakie mimowoli nasunąć się muszą, zestawiając te szemata z szematami parcia krwi przy dławieniu. Na jedną jednak okoliczność chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie, że tak długiego okresu braku reakcyi co do parcia krwi, jakie widzimy przy topieniu, nie zauważamy na szkicach odnoszących się do dławienia; czyli że

przy têm ostatniém parcie krwi daleko szybciéj wzrasta niż po topieniu; daléj znów że wielkość bezwzględna parcia krwi jest znaczniejszą przy topieniu, aniżeli przy dławieniu. Niemniéj uderzającą jest



rzeczą znachodzenie się na linii krzywéj, w przypadkach topienia, licznych i silnych wahań, których na sfigmogramach dławienia wcale nie dostrzegamy. Różnica ta jest zbyt uderzającą, iżby milczeniem mogła być pominiętą. Że wahania te są wyrazem zwiększającego się i zmniejszającego się chwilowo parcia krwi, sądzę, że nikt nie wątpi i wskazują nam to fazy akcyi serca. Wyrażając się ogólniéj możemy na téj podstawie wypowiedzieć twierdzenie dość ważne, z którém dotąd nigdzie się nie spotkałem, że akcyja serca wśród dławienia przedstawia obraz jednostajnego, ciągłego, tonicznego skurczu (kurczu), gdy przeciwnie kurcz kloniczny (przerywany) cechuje akcyje serca wśród topienia.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Sudiejkin: **O winianie chinolinowym.**

Usiłowania lekarzy ku wynalezieniu środka tańszego od chininu, lecz niemniéj dzielnego, nie ustają. Niestety wszystkie w ostatnich latach proponowane środki zastępcze, jak nastój jodowy, kwas salicylowy, karbolowy itd. nie zdołały strącić chininu z naczelnego miejsca, jakie zajął w leczeniu chorób gorączkowych. Dr. Sudiejkin przedsięwziął szereg doświadczeń na zwierzętach i ludziach, które uskutecznił w klinice charkowskiéj prof. Łaszkiewicza, i w celu wyjaśnienia fizyjologicznego działania chinolinu, i w formie tymczasowego uwiadomienia podaje w Nrach 29 i 30 *Wracza* wyniki z pierwszéj części swych doświadczeń, tj. z doświadczeń na zwierzętach; są one następujące:

1) Chinolin należy de środków działających trująco na organizm zwierzęcy.

2) Działanie chinolinu najwybitniéj występuje na ośrodki mózgowe, głównie na rdzeń przedłużony.

3) Wpływ chinolinu na ośrodek oddechowy jest niewątpliwym.

4) Porażająco działa on na ruchowe ośrodki serca.

5) Znacznie obniża ciepłotę ciała.

Dr. Sudiejkin zapowiada ogłoszenie w krótkim czasie doświadczeń dotyczących terapeutycznego użycia chinolinu.

Dr. Kwaśnicki.

Dr. L. Hoffer: **O zmianach ilości ciałek krwi czerwonych pod wpływem wstrzykiwań podskórnych jodoformu.**

Odkąd przyrząd Malasseza dostał się do rąk klinicystów, starano się niejednokrotnie oznaczać zmiany ilości ciałek krwi pod wpływem różnych leków; tym żmudnym badaniom zawdzięczamy wyświecenie w ostatnich czasach niejednéj kwestyi ważnéj dla nauki i praktyki. Prace podjęte w tym kierunku przez Rabuteau, Gowersa, Cutlera i Bradforta zgodnie wykazały zwiększanie się ilości ciałek krwi czerwonych pod wpływem używania żelaza; chinin ma zmniejszać nieznacznie ilość czerwonych, a powiększać ilość białych ciałek, gdy środki czyszczące powiększają zdaniem Brouardela ilość ciałek czerwonych dosyć znacznie. Najbardziéj zajmującemi są doświadczenia Wilbuszewicza (*De l'influence des preparations mercurielles sur la richesse du sang en globules rouges et en globules blancs, Arch. de Phys. norm. et Pathol.* 1874), który doświadczeniami czynionemi już to na chorych dotkniętych kiłą, już też to na królikach wykazał, że wśród leczenia przetworami rtęciowemi rozróżnić można dwa okresy, w pierwszym okresie ilość czerwonych ciałek krwi pierwotnie zmniejszona wzmaga się do pewnego czasu, poczém zaczyna ubywać. Zdaniem tego autora w czasie gdy ilość ciałek krwi czerwonych dosięgła maximum, należy zaprzestać podawania rtęci, gdyż wtedy występuje na jaw jéj zgubny wpływ na organizm, za czém zresztą przemawiają doświadczenia czynione na zdrowych królikach.

Wyniki tych doświadczeń skłoniły autora do badania w tym kierunku przetworów jodu; gdyż dotąd nikt nie czynił poszukiwań nad wpływem przetworów jodowych na ilość ciałek krwi czerwonych. Nie przechodząc szczegółowo szeregu doświadczeń przedsiębranych na królikach, którym wstrzykiwano pod skórę po 10—20 do 50cm. jodoformu w zawiesinie, podajemy ich ostateczny wynik: 1) dawki jodoformu sprawiały u królików hypoglobuliję (zmniejszenie ilości ciałek czerwonych). 2) W miarę wielkości dawki zwiększała się hypoglobulija a 3) ustępowała po zaprzestaniu podawania jodoformu.

Przeciwnie u dwóch chorych z objawami kiły trzeciorzędnéj spostrzegł autor zwiększanie się ilości ciałek krwi czerwonych pod wpływem podawania jodoformu, ale to trwało tylko do pewnego czasu, poczém doszedłszy do liczby prawidłowéj zaczęła ta ilość ubywać wśród dalszego leczenia wstrzykiwaniami jodoformu. Na podstawie tych dwóch przypadków twierdzi autor, że 1) jodoform stosowany przez kilka tygodni podskórnie u chorych dotkniętych kiłą sprawia zwiększenie ilości krwi czerwonych i usuwa têm samém hypoglobuliję właściwą zakażeniu kiłowemu; 2) dłużéj stosowany sprowadza jodoform hypoglobuliję, którą należy przypisać trującemu działaniu jodoformu i można ją dokładnie śledzić licząc ciałka krwi od czasu do czasu. (*Wiener mediz. Wochenschrift*, Nr. 28, 1882). *J. Schatter.*

Prof. Kaulich: **Leczenie błonicy.**

Pomimo długiego szeregu leków używanych w błonicy trudno znaleść środek, któremuby zaufać można a specyfików wiele spleśniało w aptekarskich składach. Z postępem nauki jednak przychodzimy zwolna pewniéj do celu, gdyż gruntowna znajomość istoty choroby stanowi dzisiaj podstawę leczenia. W ten też sposób podaje nam autor swoje spostrzeżenia nad użytym przez siebie środkiem do leczenia błonicy.

Korzystając z doświadczenia Dra Kocha, który wyka-

zał, że nawet bardzo rozcieńczony roztwór sublimatu wstrzymuje rozwój prątków, postanowił K. stwierdzić pożytek tego środka w leczeniu błonicy. Autor nie przypisuje sublimatowi możności doszczętnego wyleczenia błonicy; zakres działania stanowi niszczenie prątków wywołujących chorobę, a tém samém zapobieżenie szerzeniu się choroby. Sposób postępowania polega na zewnętrzném i wewnętrzném użyciu sublimatu. Do pędzlowania wypociny błonicowéj jamy ust, przełyku i błony śluzowéj nosa, używa autor rozczynu 0·05 do 0·10 na 100 grm. wody, pędzlowanie zaś uskutecznia dużym miękkim pędzlem, począwszy od 4ch razy dziennie powtarza je w miarę potrzeby i co 2 godziny. Do pędzlowania rany po tracheotomii służy rozczyn 0·02:100, do wymywania tchawicy 0·05:100, do wziewania 0·005:1000 grm. Wziewanie poleca się w miarę potrzeby po parę razy dziennie, a nawet i co godzina po 15 minut.— Wewnętrznie podaje się dzieciom sublimatu w stosunku 0·01:100, starszym 0·02:100, do użycia w przeciągu 36—24 godzin. W celu uchronienia błony śluzowéj żołądka od silniejszego podrażnienia uciera się sublimat ze żółtkiem, do tego zaś dodaje syrupu i nieco konijaku.— Nie będąc zwolennikiem mechanicznego oddzielania błon, a pragnąc je jak najprędzéj usunąć użył autor ciepła, jako dopełnienia swojego sposobu leczenia; przekonał się bowiem, że ogrzewając silnie szyję pobudza się czynność zdrowéj jeszcze tkaniny, wywołuje silniejsze wydzielanie narządów gruczołowych, a tém samém uzyskuje rozpulchnienie i oddzielenie wypociny. W tym celu użył autor regulatora ciepła, pomysłu Leitera. Obwinąwszy szyję gorącą wilgotną przykładką zakłada zgięte w formie krawata metalowe rury, pokrywa je z wierzchu szczelnie i za pomocą $1^1/_2$ metrowéj rury gumowéj łączy z przyrządem do ogrzewania. Doświadczenia wykazały, że do osiągnięcia 38° C. w krawacie długości 1go metra trzeba mieć w przyrządzie cieplotę 41°C., przy długości $1^1/_2$ metra 43° C. a przy dwumetrowéj długości metalowéj rury 44°C. Przy ustawiczném ogrzewaniu może cieplota dochodzić do 50 C. a nawet i 60 C., chorzy zaś znoszą ją bez przykrości. Autor przytacza 9 przypadków w ten sposób leczonéj błonicy. We wszystkich zdawało się, że tracheotomija nieunikniona, mimo tego 2 razy obeszło się bez operacyi. Z tych 9, przeważnie groźnych, przypadków umarło 2, co stanowi 22·22% śmiertelności, podczas gdy śmiertelność średnia w błonicy znacznie większa. Dwa przypadki śmierci na 7 tracheotomowanych stanowi 28·57% a tutaj również śmiertelność średnia daleko wyższa.

W celu wykazania statystycznéj różnicy w leczeniu innemi środkami przytacza autor, że w tym samym czasie leczono jeszcze 8 przypadków błonicy, u chorych, którzy w tych samych warunkach zostawali. Z tych zaś 8 chorych umarło 5, a więc 62·5%, u 5 z tych chorych trzeba było wykonać tracheotomiję, któréj żaden nie przeżył a więc 100% śmiertelności.

Przypisując więc temu sposobowi leczenia tak świetne skutki wzywa autor do dalszych w tym względzie doświadczeń, zalecając ile możności wczesne i wytrwałe leczenie. (Odbitka z *„Prager med. Woch.* Nr. 19). *Dr. Murdzieński.*

Buchanan Baxter (Londyn): **Przypadek kurczów drgawkowych m. brzusznego prostego z objawami, wskazującemi siedlisko przyczyny chorobowéj w czaszce.**

U kobiety 35-letniéj, od 2 lat zamężnéj, rozwinęły się we wrześniu 1877 po gwałtownem wzruszeniu następujące objawy: 1) Ból głowy gwałtowny, prawie codzienny. Rozpoczynał on się u nasady nosa i zwolna przechodził ku tyłogłowiu. Na lewéj połowie kości tyłogłowowéj ograniczone miejsce za dotykiem bolesne. Prócz tego bólu napady migreny co 2 lub 3 tygodnie. 2) Nadzwyczaj silne kurcze drgawkowe mięśnia brzusznego prostego po stronie lewéj. Kurcze te udzielają się czasami także mięśniom piersiowym tak, że od czasu do czasu cała lewa połowa ciała ulega wstrząśnieniu. Na szczycie napadu występuje na czole i brodzie plamisty rumień *(erythema)*, rozprzestrzeniający się następnie na całą twarz i szyję. Niekiedy, jeżeli paroksyzm trwa dłużéj, przyłączają się do niego śmiech i płacz kurczowy. Napad trwa rozmaicie, od 10 minut do kilku godzin. Jeżeli napad trwa dłużéj, chora, skutkiem wyczerpania sił, zapada w sen, w czasie którego kurcze, choć słabiéj znacznie, daléj trwają. 3) Z nosa wypływa ciecz śluzowo-ropna, czasem cuchnąca. Badanie rynoskopijne nie wykazało żadnego cierpienia kości. Zęby szczęki górnéj bardzo popsute, dziąsła bardzo łatwo ulegają owrzodzeniom.—Chora nie robi wrażenia hysteryczki. Nie ma nigdzie anestezyi lub hyperstezyi, jak również nie ma bolesności w okolicy jajników. Zmysły powonienia i smaku prawidłowe. Mierne zapalenie nerwu wzrokowego obu ócz. Gruczoł tarczykowy jednostajnie przerosły. Tętno 104, regularne. W sercu, płucach i nerkach zmian żadnych. Poszukiwania za kiłą tak u pacyjentki jak i jéj męża dały wyniki ujemne. Również leczenie antysyfilityczne było bez skutku. Wygląd i odżywienie dobre. Pacyjentka pozostawała w obserwacyi autora od listopada 1879 przez rok cały. W ostatnich czasach wystąpiły bóle nerwowe w różnych miejscach, chora dostała wymiotów częstych, i znacznie schudła. Pośród tych objawów umarła pacyjentka w styczniu 1381. Nekroskopija, ograniczająca się tylko do otworzenia czaszki, nie wykazała, ku zdziwieniu autora, żadnych zmian ani w mózgu ani w jego osłonach. Również nie znaleziono żadnych zmian w *cavum sphenoidale et ethmoideum. (Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie* 1882, Nr. 8, str. 197). *Dr. Kopff.*

Henke: **W kwestyi leczenia złamań uda u małych dzieci.**

Leczenie złamań kości udowéj u małych dzieci napotyka na znaczne trudności z powodu, że noworodki przynoszą ze sobą na świat skłonność trzymania uda w położeniu zagiętém. Jeżeli więc na złamane udo noworodka, zwłaszcza jeżeli złamanie znajduje się w górnéj trzeciéj części, założymy opatrunek gipsowy lub przyrząd wyciągający przy wyprostowaném udzie, natenczas zagojenie się kości nastaje prawie zawsze pod kątem wypukłością zwróconym ku przodowi, a to z powodu, że odłamek górny kości w skutek przewagi mięśnia lędźwiowego zostaje pociągany ku górze i przodowi.

W celu uniknięcia tego zboczenia zakladano na noworodków przy wysokiém złamaniu uda przyrządy wyciągające odnogę przy pionowém jéj ułożeniu. Wyniki przy tym sposobie leczenia są znacznie lepsze, lecz pielęgnowanie dziecka i utrzymanie należytéj czystości napotyka na bardzo znaczne trudności. W celu usunięcia tych niedogodności poleca Henke następujący przyrząd: Po wyścieleniu pachwiny cienką warstwą waty zagina się złamane udo tak mocno, aby przednia jego powierzchnia przylegała do przedniéj bocznéj ściany brzucha i ustala się je w tém położeniu za pomocą dwóch szerokich pasków przylepca. Do unieruchomienia podudzia służy szyna klinowa, składająca się z dwóch deszczułek 8 cm. długich, a 4 cm. szerokich, połączonych ze sobą stale mniéj więcéj pod kątem 30 stopni. Wierzchołek tego kąta umieszcza się w dobrze wywatowanym dołku

kolanowym i całą szynę utwierdza się za pomocą pasków przylepca na udzie, kolanie i podudziu.

Przyrząd taki dobrze założony może z małemi zmianami leżeć czas dostatecznie długi, pielęgnowanie i odżywianie dziecka jest zupełnie swobodne a wyniki leczenia mają być według doświadczenia Henkego zupełnie zadowalające (*Berl. klin. Wochenschrift* 1882). *Dr. Schramm.*

Gałęzowski: **Wstrzykiwania podskórne sinku rtęciowego w chorobach syfilitycznych oka.**

Zdaniem autora najdzielniejszym lekiem w chorobach oczu na tle syfilityczném okazały się wcierania rtęciowe. W niektórych jednak formach kiłowego zapalenia naczyniówki, oraz nerwu wzrokowego z następowym rozwijającym się zanikiem tarczy nerwu wzrokowego, wcierania rtęciowe są bez skutku. Z tego powodu autor robił próby nad działaniem w takich przypadkach sinku rtęciowego. Lek ten stósował Gałęzowski podskórnie po 5 do 10 mgrm. Po użyciu takich dawek nie występowały nigdy objawy miejscowego zadrażnienia lub otrucia. Dotąd zrobił autor u siedmiu chorych ogółem 234 wstrzykiwań. Skutki były zwykle świetne, szczególniéj w przypadkach kiłowego zapalenia tęczówki. W tém ostatniém cierpieniu wyleczenie następowało po 5 do 10 wstrzykiwaniach. Również autor otrzymywał świetne wyniki, stosując ten lek w zapaleniu naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego na tle kiłowém. I w jednym przypadku zaniku tarczy nerwu wzrokowego lek ten okazał się skutecznym, mimo że różne inne metody lecznicze stósowano przed tém z wynikiem ujemnym. Pole widzenia pacyjenta znacznie się zwiększyło. (*Progrès médical* 1882, Nr. 15). *Dr. K.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Jodoform w suchotach płucnych** ma podług prof. Semmoli i innych lekarzy włoskich być skutecznym. Dr. Semmola nie przypisuje jodoformowi własności środka swoistego przeciw gruźlicy, lecz sądzi, że suchotnicy i astmatycy doznają wielkiéj ulgi po zastosowaniu tego leku, gdyż ma on zmniejszać plwocinę, obniżać ciepłotę, poprawiać stan ogólny chorych itd. Dawka, w miarę znoszenia, waha się między 0,05 a 0,5 dziennie (w pigułkach), zaczynając od dawek najmniejszych, które stopniowo zwiększać należy. Jeśli chory nie znosi jodoformu wewnętrznie podanego, stosuje się go w wdychaniach 3—4 razy dziennie, i w tym celu rozpuszcza się jodoform w olejku terpentynowym. (*Allg. Wiener. Med. Ztg.* z 25 lipca).

(A. K.) **Przyżeganie ścian jam płucnych termokauterem** wykonał u dwóch chorych w klinice Leydena Dr. Koch z Dorpatu. Pierwszy przypadek dotyczy 24-letniego mężczyzny, u którego Koch wykonał trzyrazowe przyżeganie: pierwsze d. 26 czerwca br., po wycięciu kawałka 6go prawego żebra, wprowadził stopniowo K. żegadło do wnętrza płuca, i otworzył jamę wielkości pięści dziecka; po operacyi nie nastąpił odczyn, ilość wykrztusin na dobę zmniejszyła się z 400 na 120 sz. cc. Drugie przyżeganie miało miejsce 30 czerwca, po wycięciu kawałka ósmego żebra, żegadło wprowadzono do dolnego płata płuca na 14 cm. kierując na wewnątrz i ku dołowi. Trzeci raz tę operacyję wykonał K. 11 sierpnia, przez nacięcie na wewnątrz i ku dołowi od kąta łopatki, przyczém otworzył operator ognisko zgorzelinowe. Chory ten ma się wcale nie źle. Drugi przypadek dotyczy suchotnicy, któréj K. wyciął 4-calowy kawałek 6go żebra, a następnie wprowadził żegadło do jam płucnych, z których jedna była wielkości pięści, a druga główki dziecka. Jamy wypłukane rozczynem tymolu i octanu glinowego. Wykrztuszanie ustało, miejsca przyżegane pokryły się ziarniną; chora ta jednak umarła w skutek zakażenia krwi od sprawy ropnéj, na którą cierpiała już przed operacyją. (*D. med. Wochenschrift*, Nr. 32).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie z dnia 20go maja 1882.

Przewodniczący Dr. Rożański. Członków obecnych 25.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia

II. Dr. Widmann wykłada o papainie, okazując różne jéj preparaty, tudzież demonstrując oddziaływania chemiczne tak papainy jak i otrzymanych nią peptonów. Wykład w całości umieszczony następnie w „Kosmosie“ lwowskim z rb. (str. 161). Najważniejsze zaś części wykładu są w skróceniu następujące:

1) Papajotyna (wedle Peckolta) lub papaina (wedle Wurtza) jest to proszek suchy, barwy białéj, która atoli, wpada nieco w szaro-żółtawą, smaku mdłego, papkowatego. Otrzymujemy go za pomocą strącenia wyskokiem z rozczynu wodnego soku (szczególniéj z owoców) rośliny południowo-amerykańskiéj, zwanéj drzewem melonowém (*Carica-Papaya L.*). Skład chemiczny przetworu niestały, zawiera bowiem C42.21—52.36, H6.28 —7.37, N15.17—16·94, popiołu 2·20—2·61. Oddziaływanie jego chemiczne jest (wedle Wurtza) następujące: W wodzie rozpuszcza się łatwo, pływając naprzód po jéj powierzchni, i zachowując się podobnie jak guma. Rozczyn wodny zakłócony pieni się, zagotowany zaś mąci się. Również mąci się przy dłuższém staniu. Kwas chlorowodowy daje osad, rozpuszczalny w nadmiarze tegoż kwasu. Mała ilość kwasu azotowego daje osad obłoczkowaty, barwy żółtawéj, który się w nadmiarze kwasu rozpuszcza. Kwas fosforowy zwykły i kwas octowy nie dają osadu, natomiast kwas metafosforowy daje osad obfity. Sinek potasu z kwasem octowym daje osad. Sublimat nie daje zrazu osadu lub tylko lekkie zmącenie, po dłuższém atoli staniu tworzy się osad, po zagotowaniu zaś obfite obłoczki. Octan ołowiowy nie daje osadu lub tylko lekkie zmącenie rozpuszczalne w nadmiarze odczynnika. Po dodaniu atoli ługu potasowego w nadmiarze i ogrzaniu, płyn się czerni, wytwarzając siarczek ołowiu. Siarkan miedziowy daje osad fijołkowy, po zagotowaniu niebieski, rozpuszczalny w ługu potasowym barwą niebieską. Chlorek platyny daje obfity osad, również kwas garbnikowy. Kwas pikrynowy daje obfity osad, w nadmiarze kwasu nierozpuszczalny. Odczynnik Millona daje obfity osad biało-żółtawy, po lekkiém ogrzaniu różowy. Są to więc oddziaływania istoty białkowatéj, z wyjątkiem reakcyi na sublimat i octan ołowiowy.

Co do własności papainy fizyjologicznych, to wedle badań Wurtza rozpuszcza ona czyli peptonizuje mięso, włóknik, białko gotowane, ścina zrazu mleko, późniéj rozpuszcza sernik, również błony krupowe i dyfteryczne, niemniéj glisty i tasiemce w ciągu paru godzin. Wstrzyknięta w raka (czego dokonał 3 razy Bouchut) zamienia go w ropień. Działaniem więc swém na istoty białkowate zbliża się papaina do fermentu otrzymanego z trzustki, a nazwanego przez Kuehnego trypsyną. I ta bowiem jest raczéj istotą białkowatą, co ją różni od pepsyny.

2) Z rodzajów papainy, badanych przez prelegenta jedynie papaina od droguisty Merka z Darmstadtu okazała się prawdziwą, papainy zaś Drezdeńska od Gehego tudzież Berlińska z „*Grüne Apotheke*“ są tylko roztartym sokiem suchym drzewa melonowego z domieszką 50% skrobi. Pierwsza więc nie bez powodu jest 10 razy droższą.

3) Z mięsa (wołowego równie jak cielęcego i wieprzowego) surowego, tylko sparzonego (gdyż włóknik suchy lepiéj się trawi) prelegent za pomocą papainy otrzymywał w ciągu doby około 30—31% peptonu, z mięsa zaś wygotowanego (pozbawionego tłuszczów i wymytego z soli) tylko 17%.

4) Przy próbach porównawczych prelegenta 0·5 pepsyny (Wittego), nalanéj na 20·7 mięsa wołowego, pokrajanego i sparzonego zdołało w ciągu 6 godzin przy ciepłocie 50°C. zmie-

nić ledwo 0·65 mięsa na pepton, zaś taka sama ilość papainy strawiła w tych samych warunkach z pośród téj saméj ilości mięsa 5·22.

5) Na zasadzie powyższych danych prelegent sądzi, że papaina odegra w medycynie ważną rolę, skoro tylko obecna jéj wysoka cena się zniży (1grm. kosztuje 5 złr.)

III. Przewodniczący wprowadza drugi z kolei przedmiot na porządek dzienny. Wiadomo, że lekarz Mnichowski Dr. Buchner ogłosił w r. z. [1]) wielkiéj doniosłości naukę, iż niewinny prątek nikły zwany także dla swego pochodzenia siennym (*baccillus subtilis*) może, stosownie hodowany, przeistoczyć się w pewnéj liczbie generacyj na groźnego prątka wąglikowego (*bacillus anthracis*) i na odwrót. Zdobycz powyższa otwierała epidemijologii szeroki horyzont, wskazywała bowiem, jakim sposobem powstawać mogą przyrzuty chorobowe w korzystnych dla siebie warunkach, a ginąć w przeciwnych, i wyjaśniała wybuchy chorób zaraźliwych. Tymczasem faktom, podanym przez Buchnera, nie waha się zaprzeczać stanowczo inny badacz p. Adam Prażmowski, znany zaszczytnie autor niemieckiéj monografii pt. *Untersuchungen über die Entwickelung einiger Bacterienarten*, w któréj opisał szczegółowo i odrysował dokładnie całkowitą historyję rozwoju pięciu rodzajów dwoinek (*bacillus subtilis, bacillus ulna, vibrio rugula, clostrydium butyricum, clostrydium polymyxa*). Zaprosił go więc mowca, aby w dalszym ciągu wykładów o dwoinkach, rozpoczętych na przeszłém posiedzeniu przez doc. Dra Kamieńskiego, raczył przed zgromadzeniem rozwinąć zarzuty, jakie podnosi przeciw nauce Buchnera.

IV. P. Prażmowski, przedstawiony zgromadzeniu, zabiera głos i w dłuższym wykładzie, popartym rysunkami na tablicy, a następnie objaśnionym za pomocą zbioru preparatów drobnowidowych, tłumaczy, dla czego doświadczenia Dra B. uważać musi za błędne, opierając się głównie na znanéj sobie dobrze historyi rozwoju, która jest wcale różną u prątka siennego a u prątka wąglikowego. Prelegent mniema, że chyba kultury Dra B. były nieczyste, inaczéj bowiem nie może sobie wyobrazić wyników, do jakich ten badacz doszedł. (Przedmiot wykładu ma być ogłoszonym szczegółowo w rocznikach Akademii umiejętności krakowskiéj). *Dr. Dyhdalewicz.*

V. Listy z Warszawy.

I.

Najważniejszą kwestyją, zajmującą obecnie u nas umysły a zwłaszcza w kołach lekarskich, stanowią przytułki dla rodzących, które mają być otwarte d. 1/13 października rb. Z ogólnéj liczby 14,000 rodzących w Warszawie zaledwo 3% kobiet rodzi w zakładach publicznych. Mnóstwo ubogich kobiet, nie mogących w swoim domu chorobę połogową przebyć, załatwia się w najohydniejszych pomieszkaniach 3-rzędnych akuszerek, które wyzyskują te biedne kobiety, biorą na utrzymanie niby dzieci, a matki stręczą za mamki. Jeżeli kobieta rodząca jest młoda i zdrowa, to osoby potrzebujące mamek nie szczędzą grosza i płacą olbrzymie rachunki, niby długi zaciągnięte przez rodzące za pomoc udzieloną w czasie porodu, za karmienie dziecka itd. Z dziećmi takiemi szybko takie panie się załatwiają, gdyż oddają je powoli na pastwę śmierci głodowéj. Skandaliczne procesy przeciwko akuszerkom wytoczone w ostatnich czasach wykazały straszne zbrodnie w tym kierunku. Akuszerki takie skazane były na kilka lat więzienia, ale to bynajmniéj złemu nie zaradziło. Całe to ohydne frymarczenie życiem ludzkiém trwa dotychczas w całéj sile. Lekarze warszawscy znają dobrze te legowiska, w których na nędznym tapczanie, na lichym sienniku, prawie bez bielizny leży biedna rodząca, a w małym ciemnym pokoju takich tapczanów mnóstwo. Za takie pomieszczenie i niby pomoc akuszeryjną płacimy ogromne pieniądze. Przytułki dla rodzących, których pięć będzie otwartych d. 13go października, mają temu w części zaradzić.

Przytułki takie rozmieszczone w najrozmaitszych dzielnicach miasta, zamieszkałych przez najuboższą klasę ludności miejskiéj, zawierać będą każdy po 4 łóżka i każdy dawać będzie przytułek średnio 120 rodzącym rocznie. Warunki higijeniczne w takim przytułku mogą być bardzo dobre. Trzy czy cztery pokoje, w których nie będzie ani studentów, z ich trupiemi zanieczyszczeniami, ani uczennic akuszerek, łatwo utrzymać w odpowiednim porządku i czystości. W razie gdyby gorączka połogowa się pokazała w którym z nich, nic łatwiejszego jak lokal cały zamknąć i w téj chwili do innego się przenieść. W jednym pokoju stanie łóżko porodowe, a w drugim trzy łóżka dla położnic, trzeci przeznaczony będzie dla stałéj akuszerki, a w czwartym i w kuchni pomieszczoną będzie część gospodarska.

Koszta utrzymania takiego przytułku obliczono na 1800 rsr. rocznie. Każdy z nich będzie miał oddzielnego akuszera, który pobierać będzie 300 rsr. rocznie i będzie miał główny nadzór, bo z porodami dużo zajęcia mieć nie będzie. Ze 120 porodów rocznie ledwo parę może być nieprawidłowych.

Miasto wyznaczyło 9000 rubli rocznie na 5 takich przytułków, ale dopiero od 1go stycznia r. przyszłego. Dla tego żeby można było od 13go października je otworzyć, p. St. Kronenberg ofiarował 10.000 rubli jednorazowo, a oprócz tego zobowiązał się opędzać koszta prowadzenia jednego takiego przytułku; będzie to zatém 6ty przytułek. Jeden z nich istnieć będzie na Pradze a jeden na Muranowie w dzielnicy żydowskiéj i przeznaczony będzie wyłącznie dla żydówek. Dodawać nie potrzebuję, iż rodzące przyjmowane tam będą bez żadnéj kwalifikacyi i nic płacić nie będą.

Kwestyi nie ulega, iż z początku, nim publiczność przyzwyczai się do tych przytułków, nie będą one zapełnione, ale powoli przynosić one będą ogromne usługi, a mniéj uczęszczany będzie nasz Instytut położniczy, który w ostatnich czasach wielkie skargi i narzekania na siebie ściągnął. W rzeczy saméj gmach ten kwalifikuje się do rozebrania, gdyż nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom, a śmiertelność 9% jest prawdziwie kolosalna. Prawda że do takiego Instytutu przywożą mnóstwo rodzących zaniedbanych, nietylko z Warszawy ale i z prowincyi, co przyczynia się nie mało do podwyższenia procentu śmiertelności, ale nawet i to biorąc w rachubę, śmiertelność powyższa jest zbyt wysoka.

Oprócz powyższych przytułków powstaje w Warszawie jeszcze jeden zakład położniczy prywatny z celem dobroczynnym na łóżek 12. Dr. Horoch jest jego założycielem a jeden z magnatów polskich ofiaruje na to pieniądze. Rodzące podzielone tu będą na 2 kategoryje, jedne płacić będą po 30 kop. dziennie a drugie po 3 rs. dziennie, te ostatnie pomieszczone będą w oddzielnych pokojach.

Tyle zrobiono dla biednych kobiet rodzących. Nie mniéj ważną jest opieka nad ciężarnemi w ostatnich miesiącach ciąży. Kobiety takie najczęściéj niezamężne, nieraz ofiary smutnego dla siebie zbiegu okoliczności, znajdują się w prawdziwie rozpaczliwém położeniu. Do służby nikt ich przyjąć nie chce, do ciężkiéj pracy nie są zdolne, a ponieważ uważane są za zdrowe, więc szpitale są dla nich zam-

[1]) P. wykład jego, miany w Tow. Lek. Mnichowskiém pod tyt. *Ueber die Wirkungeu der Spaltpilze im lebenden Körper*, ogłoszony w zbiorze wykładów pod wspólną nazwą: *Zur Etnologie der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie.* München, 1881.

knięte. Otóż kółko dam dobroczynnych ułożyło ustawę stowarzyszenia opieki nad ciężarnemi i takową do zatwierdzenia wyższéj władzy posłało.

Drugą, także ważną w naszym świecie lekarskim wiadomością jest mające wkrótce nastąpić otwarcie nowego szpitala t. zw. rezerwowego. Ilość miejsc w naszych szpitalach jest w wysokim stopniu niewystarczającą. Ludność podwoiła się od lat 12, a szpital ani jeden nowy nie stanął. Konieczném tego następstwem jest przepełnienie szpitali, zwłaszcza w miesiącach zimowych. Ciężko chorego, znalezionego na miejscu publiczném lub niemającego odpowiedniego dla siebie pomieszczenia, bardzo często wożą od jednego szpitala do drugiego, a nigdzie przyjąć go nie chcą. W szpitalach naszych żadnych sal izolacyjnych niema, tak chorzy na ospę, tyfus, błonicę, operowani, nieuleczalni, dotknięci wrzodami na nogach, (których jest masa) itd., leżą obok siebie i zdarza się nieraz, iż rekonwalescent po zapaleniu płuc zaraża się od swojego sąsiada tyfusem, ospą lub t. p. Szpital rezerwowy ma temu złemu zaradzić i przyjmować będzie przeważnie chorych gorączkowych zaraźliwych, których odpowiednio traktować i izolować będzie. Miejscowość wybrana dosyć szczęśliwie, za miastem, za t. zw. Wolską rogatką w posesyi dawnéj Ohma. Istniejący tam dom, otoczony obszernym ogrodem, przerabia się obecnie i 13go listopada oddany będzie do użytku publicznego. Chwilowo znajdzie tam pomieszczenie koło 100 chorych, ale jest zamiar z czasem szpital ten powiększyć i doprowadzić do 200 chorych.

Lecznice dla niezamożnych chorych powstają u nas jak grzyby po deszczu. Są to niby dobroczynne instytucyje, jak tego nazwa dowodzi, gdyż za darmo, za 25 kop. lub 40 kop., udziela chorym poradę, wskazuje apteki, w których za niższą ceną lekarstwa wydają i inne robi udogodnienia. Rzecz w zasadzie jest nie zła, ale sposób wprowadzenia w czyn téj niby dobroczynnéj myśli pozostawia wiele do życzenia; zbyt wielka ilość takich lecznic wpływa stanowczo ujemnie na praktykę lekarską w mieście. Lekarze, którzy się tak tłumnie do owych lecznic cisną, nie mają bynajmniéj żadnych filantropijnych celów na myśli, ale tylko uczęszczają do lecznicy dla tego, żeby ich nazwiska dwa lub trzy razy na tydzień figurowały w ogłoszeniach. Traktują też odpowiednio swoich pacyjentów, rzadko kiedy przybywają na oznaczoną godzinę, spaźniając się o całą nieraz godzinę. Często nie przychodzą wcale, chociaż ustawa nakłada za to karę pieniężną. Wielu z nich po 4 miesiące i dłużéj nie bywa wcale w lecznicy, z powodu iż w Warszawie ich wcale nie ma, a pomimo to w ogłoszeniach figurują stale. Inni znowu namawiają swoich chorych, żeby lepiéj do nich do domu przyszli, gdyż tam dokładniéj mogą ich wyegzaminować, a w domu oczywiście pacyjenci czują się w obowiązku drożéj płacić. Zdarzały się też przypadki, iż chorzy wpadli w ręce i leczeni byli całe miesiące przez niewłaściwych specyjalistów, tak np. raka, kwalifikującego się do operacyi, okulista traktował miksturami i maściami obojętnemi itd. Nie ma się co dziwić, że młodzi lekarze starający się o praktykę, pragną się dać poznać publiczności przez forsowne ogłaszania, które zresztą nikomu, właściwie mówiąc, ujmy nie przynoszą, ale cóż powiecie na to, że lekarze mający po dwadzieścia lat praktyki za sobą chętnie obecnie w poczet lekarzy lecznicowych się zapisują! Jakie mają w tém widoki, jaki cel, pojąć trudno.

Najwięcéj pacyjentów lecznicowych udaje się po poradę do specyjalistów, a z pośród tych najwięcéj do czynienia mają syfilidologowie.

Obecnie mamy takich lecznic w mieście (licząc bezpłatną lecznicę czerwonego krzyża) aż siedm, a wkrótce otwartą będzie 8ma. Z tych dwie udzielają bezpłatnie porady, jedna każe sobie płacić po 40 kop. (najdawniejsza na ulicy Niecałéj, w gmachu Tow. Lekarskiego) a pozostałe po 25 kop. za poradę.

Jaki wpływ lecznice te wywierają na wykonywanie praktyki lekarskiéj w mieście, jaką krzywdę zwłaszcza młodszym mniejszym rozgłosem cieszącym się kolegom wyrządzają, o tém pomówimy obszerniéj innym razem.

Warszawa d. 16 września 1882. β

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Cholera szerzy się w Tokio, Yokahamie i Kochinchinie; w Jokahamie zachorowało od 26 kwietnia do 1 lipca 182, umarło 101, a wyzdrowiało tylko 19. Dotąd nie zapadali na cholerę Europejczycy. Domy nawiedzone cholerą oznaczają żółtemi napisami a po usunięciu chorych desinfekcyjonują. Na Filipinach panuje cholera nagminnie. Na Manilii, na hiszpańskiéj wyspie Luzon, umarło do 31 sierpnia krajowców 331, Europejczyków 5. Teatry są zamknięte, handel przerwany, majętniejsi opuszczają miasto. W 18 miejscowościach prowincyi umarło 368 osób, pomiędzy tymi konsul amerykański. Na Iloilo (Filipinach) umiera dziennie przeszło 300 osób, w Sumatrze wygasła epidemija. W Hiszpanii zarządzono kwarantanę dla 6 okrętów z Borneo i wysp Filipińskich. W Batawii na Jawie nie przybrała cholera cechy nagminnéj do 14 lipca. Wszystkie okręty przybywające z Batawii, Cheribanu, Protolingo, Betocki, Banjocinas w Singapore, odbywają kwarantanę. Zniesiono kwarantanę dla okrętów przybywających z Batawii pod tym warunkiem, że w ciągu ostatnich dni 10 przed przybyciem nie miały s'yczności z żadnym innym powyż wymienionym portem. Międzynarodowa rada zdrowia w Konstantynopolu uchwaliła, aby każdy okręt z pielgrzymami wpływający z Indyj albo z Jawy odbywał kwarantanę na wyspie Cameran położonéj w zatoce Babel-Mandeb; międzynarodowa rada zdrowia w Aleksandryi zarządziła 10 dniową kwarantanę dla okrętów przybywających z Adenu i Bombayu. Kilka przypadków cholery wydarzyło się w Bombayu, Madrasie i Kalkucie. W Wiedniu uznano jako środki zapobiegające: stałe przepłukiwanie i czyszczenie kanałów, odwietrzanie stanowisk dorożkarskich, nadzór surowszy nad policyją targową i w ogóle zdrowia. I Kraków pod tym względem nie pozostaje w tyle za innemi miastami, bo jak się dowiadujemy Prezydent Dr. Weigel polecił dopilnować czystości placów, ulic, rynsztoków i wychodków publicznych, częstszego wypróżnienia dołów kloacznych, przestrzegania jak najstaranniejszego czystości i porządku w mieszkanich, podworcach i studniach a niebawem ma wyjść odezwa do mieszkańców z szczegółowemi środkami sanitarnemi, jakich głównie właściciele domów przestrzegać winni. Przy téj sposobności może przecież raz doczekamy się zakupna pompy pneumatycznéj do czyszczenia dołów kloacznych a nawet kanałów i przeprowadzenia reformy w naszych pod każdym względem wadliwie urządzonych dołach kloacznych i wychodkach tak w mieście jak i po przedmieściach.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 września ogólna śmiertelność wzniosła się z 19,8 do 27,5. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z czerwonki 2 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 27 sierpnia do 2 września zmarło w Londynie z ospy 7. Leczyło się w szpitalach 109, świeżo zapadło 21, W Wiedniu umarło 21, w Budapeszcie 6, w Paryżu 7, w Warszawie 18, w Petersburgu 15, w Madrycie 36, w Lizbonie 10. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 82, leczyło się w szpitalu 962. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w większych miastach. Biegunka zabierała jeszcze wiele ofiar. W Szwecyi pojawiła się gwałtowna czerwonka. W Rio de Janeiro i w Nowym Orleanie umarło po 1 z febry żółtéj. Z cholery

umarło 4 w Baltimore od 6—12 sierpnia, w Cincinnati 2 od 31 lipca do 5 sierpnia, w Kalkucie 8 od 8—15 lipca, w Bombayu 1 od 23 lipca do 1 sierpnia.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 sierpnia do 2 września umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 19,8; we Lwowie 32,4; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu 24,3; w Budapeszcie 27,4; w Pradze 25,9; w Tryjeście 31,7; w Berlinie 25,9; w Wrocławiu 32,1; w Gdańsku 30,6; w Mnichowie 24,7; w Dreźnie 27,0; w Lipsku 18,7; w Bazylei 17,9; w Brukseli 24,5; w Amsterdamie 18,0; w Hadze 21,9; w Paryżu 23,4; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 27,0; w Stokholmie 30,9; w Chrystyjanii 25,2; w Petersburgu 39,6; w Odesie 42,6; w Rzymie 22,7; w Wenecyi 34,2; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 40,9; w Lizbonie 27,7; w Nowym Yorku 34,7; w Filadelfii 23,4; w Bombayu 25,3; w Madrasie 33,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 września. Otrzymaliśmy ze Lwowa list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

Niejednokrotnie w różnych dziennikach poruszaną była sprawa tycząca się rozporządzeń Wydziału krajowego względem nieprzyjmowania do szpitali osób dotkniętych nieulecznemi chorobami i pewnych zaostrzeń administracyjnych i gospodarskich. Jedne dzienniki chwaliły te rozporządzenia, drugie ganiły, a ogół sądził według opinii tych dzienników, albo według skarg osób nieprzyjętych do szpitali, lub interesujących się temi ostatniemi.

W przedostatnim numerze „Przeglądu Lekarskiego,“ z powodu podniesionych w mowie p. Marszałka oszczędności, redakcyja wyraziła się bardzo nieprzychylnie o owych rozporządzeniach, które wywołały te oszczędności.

Posada, którą dotychczas zajmuję, zniewala mnie do rozpatrzenia wszystkiego, co się tyczy bytu szpitali, utrzymania i pielęgnowania chorych; dziesięcioletnia zaś służba na têm trudnêm stanowisku dowiodła, że obowiązek swój biorę na seryjo i sumiennie, a nie patrzę przez okulary materyjalnych interesów. Dlatego upraszam wysłuchać zdania mego, które, uprzedzam, różni się od zdania redakcyi.

W krajach bogatych ilość instytucyj humanitarnych jest tak wielka, że wszystkie rodzaje nieszczęść, jakie mogą dotknąć ludności kraju, znajdują pomoc różnych stowarzyszeń i różnorodnych zakładów najczęściéj stojących ofiarnością prywatną. W naszym ubogim kraju niezmiernie mało podobnych instytucyj, a dobroczynność prywatna skierowała się wyłącznie do wspomagania uczącéj się młodzieży i tworzenia nowych stypendyj, tak że obowiązek niesienia pomocy ludności choréj spadł całkowicie na barki kraju i gmin. Te ostatnie z powodu złego ustroju, uciążliwych podatków i nieodpowiedniego do takich okoliczności zarządu są pozbawione środków zajęcia się swymi nieulecznymi i kalekami.

Ztąd téż cała ta masa nieszczęśliwych ludzi, pozbawionych opieki w gminie, zaczęła się garnąć do szpitali, szczególnie w porze zimowéj, kiedy o zarobek tak trudno. Wydatki rosły rocznie w zastraszającéj proporcyi, a szpitale powoli zaczęły tracić charakter zakładów leczniczych, zmieniając się na domy przytułku, w których leczenie chorób ostrych stawało się coraz trudniejszém w skutek przepełnienia sal ludźmi dotkniętymi takiemi chorobami, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego.

W obec tego stanu rzeczy Reprezentacyja kraju, widząc iż potrzeba położyć granicę nieproporcyjonalnemu zwiększeniu liczby chorych, poleciła Wydziałowi krajowemu przyjmować chorych tylu tylko, na ilu przestrzeń szpitala pozwala i przestrzeni tych nie powiększać bez upoważnienia Sejmu i zająć się jak najstaranniéj zmniejszeniem ogromnych wydatków na utrzymanie szpitali, gdyż temu siły kraju już podołać nie mogły.

Wydział krajowy nie potrzebował uciekać się do jakichkolwiekbądź wyjątkowych rozporządzeń; istniały one już od dawna, bo od 1815 r., a tylko w skutek biedy ogólnéj i dobroduszności narodowéj poszły w zapomnienie lub wypełniały się z wielką względnością.

Rozporządzenia ministeryjalne kilkakrotnie przypominały, że szpitale powszechne nie są przeznaczone do pielęgnowania nieulecznych lub kalek. Żadne jednak rozporządzenie nie orzekało, jakie choroby należy uważać za nieuleczne. Otóż Wydział krajowy wezwał Komisyję składającą się z czterech lekarzy, a ci orzekli, że dwadzieścia dwa stany chorobowe, oznaczone w okólniku Wydziału krajowego, nie kwalifikują się do pielęgnowania w szpitalu. Jednak mając na względzie, że i tu mogą być wyjątki, Komisyja dodała, że lekarz ordynujący w przypadku komplikacyj chorobowych może przyjąć i takich chorych. Czyż można było w obec konieczności ograniczenia przyjmowania chorych i potrzeby oznaczenia miary tego ograniczenia, postąpić z większą ludzkością? I kogóż szpital w skutek tegoż rozporządzenia nie przyjmuje? Paralityka nieulecznego, zanieczyszczającego się i psującego powietrze szpitalne, epileptyka, ogłupiałego w skutek długotrwałéj a już nieuleczné choroby; starca cierpiącego na ogólny upadek sił, których w szpitalu nabyć nie można, ludzi z lekką wadą serca, która się nie da usunąć lekarstwami; chorego na raka, którego operować niepodobna, a trzymać w szpitalu nie można, bo zatruwa powietrze; ludzi z wrzodami podudzia, którzy nie chcą dać się operować, a u których stósować nie można metody zachowawczéj; ze strupami woszczynowemi, bardzo trudnemi do leczenia, a nieprzeszkadzającemi w zajęciach zawodowych itd., — a jednak zajrzyjcie do szpitali, z pewnością znajdziecie w każdym w nich chorych takich, przyjętych z powodu komplikacyj. Wymienienie chorób w okólniku sprawiło, że lekarz ordynujący patrzy na takich chorych jak na kontrabandę w szpitalu i stara się ich pozbyć jak tylko usunie komplikacyje. Ztąd to ilość pielęgnowanych chorych w szpitalach naszych urosła, pomimo ograniczeń, bo ruch się wzmógł, a ilość dni leczenia i średni pobyt chorych w zakładach zmalały, bo mniéj już takich, którzy zalegają bez celu sale szpitalne całemi miesiącami i kwartałami.

Rozporządzenie więc to nie zaszkodziło szpitalom. Owszem podniosło je usuwając niepotrzebny i szkodliwy balast, który nie kwalifikował się do szpitalnego pielęgnowania. Kraj na têm zyskał, bo nie traci pieniędzy na leczenie nieulecznych, a kto wie, czy rozporządzenie Wydziału krajowego nie wywoła nowego kierunku prywatnéj dobroczynności, która widząc nieszczęśliwych, pozbawionych opieki, pospieszy im z pomocą. Początki w tym względzie już są zrobione.

Drugiém rozporządzeniem, nie cieszącém się popularnością, jest polecenie donoszenia co 6 tygodni o wszystkich chorych, którzy muszą jeszcze pozostać w szpitalu. Rozporządzenie to mylnie nazwano poleceniem wydalania chorych po sześciu tygodniach pobytu w szpitalu. Takiego bowiem rozporządzenia nigdy nie było. Muszę nieco podnieść zasłonę i powiedzieć, co skłoniło Wydział krajowy do wydania tego polecenia. Przy wizycie administracyjnéj pewnego szpitala chora rzuciła się do nóg zwiedzającemu, błagając, żeby ją operowano, bo z powodu choroby ordynującego lekarza zostaje w szpitalu już czwarty miesiąc oczekując z dnia na dzień téj chwili, kiedy nareszcie będzie mogła wrócić do swéj rodziny i obowiązków. Natychmiastowe sprawdzenie, czy nie ma więcej podobnych chorych, odkryło, że było jeszcze 16 osób nieoperowanych, zostających w szpitalu od dłuższego czasu z największą krzywdą dla siebie i dla funduszu krajowego. Wszystkim więc szpitalom od dnia tego polecono donosić o chorych, którzy po sześciu tygodniach leczenia muszą pozostać w szpitalu i to jedynie dla nieustannéj kontroli, żeby nie marnował się fundusz krajowy, a chorzy byli traktowani należycie. Że rozporządzenie to, zmuszające lekarzy do pisania *parere*, nie jest przyjemne, uznaję, ale każdy się zemną zgodzi, że jest to korzystném dla chorych i dla funduszu krajowego, który płaci za ubogich chorych, bo każdy lekarz mając na oku, że musi o chorym donosić za sześć tygodni, jest zmuszony zwracać baczniejszą uwagę na ciężko chorych.

Oszczędności w szpitalach wprowadzone dla zmniejszenia wydatków są właściwie tylko unormowaniem tego, co było już praktykowaném; z biegiem czasu nieco się zapomniało, a przez to marnowało się wiele bez korzyści dla chorych i z krzywdą funduszu przeznaczonego na leczenie ubogich chorych.

Jako Inspektor szpitali najsumienniéj świadczę, że wszystkie rozporządzenia i wszystkie oszczędności w gospodarstwie szpitalném nie wpłyną szkodliwie na byt naszych zakładów leczniczych, a oduczą ludzi, nie kwalifikujących się do pobytu w szpitalu, szukać przytułku tam, gdzie mogą go znaleść tylko tacy, których uleczenie jest możliwe.

Dr. Jan Stella Sawicki Inspektor szpitali.

Pismo powyższe szan. Inspektora szpitali galicyjskich chętnie umieściliśmy, a to z dwóch powodów: raz, aby dać dowód bezstronności, a powtóre, aby rzecznikowi Władzy najwyższéj autonomicznéj dać sposobność bronienia sprawy, która żywo zajmuje umysły w kraju całym. Obrona atoli nie zdołała zmienić zapatrywania naszego, któremu daliśmy wyraz w Nrze 36 Przegl. Lek. Wiadomo, że uchwała Sejmowa, ograniczająca przyjmowanie chorych i znosząca filije dla obłąkanych ze względów na oszczędność, wywołała burzę w całym kraju: Rada sanitarna krajowa, a na podstawie jéj orzeczenia i Namiestnictwo zaprotestowały przeciw téj uchwale, lekarze z rzadką jednomyślnością oświadczyli się przeciw niéj, a społeczeństwo całe wydało okrzyk boleści, część jego uboższa z powodu smutnych dla siebie widoków w razie popadnięcia w chorobę dłużéj trwającą lub umieszczoną na indeksie Wydziału, część majętniejsza społeczeństwa zaś, a zwłaszcza ci, którzy słusznie sądzą, że zamykanie oczu w obec niebezpieczeństwa, nie chroni wcale przed niém, przewidywali smutne nie tylko pod względem humanitarnym, ale i ekonomicznym, następstwa, nieodłączne od takiéj uchwały. Wydział krajowy zmuszony wykonać uchwałę Sejmu robił co mógł celem złagodzenia środka, który zapewne sam uznał za zbyt heroiczny i obosieczny; uchwałę jednak wykonać musiał — a następstwa aż nadto są widoczne. A nie mogło téż być inaczéj. Prawdą jest, że wydatki na szpitale potężnie się wzmagały, że kraj zanadto był obciążony, że może tu i owdzie działy się pewne nadużycia,—ale mimo to środek przepisany przez Sejm był błędnym w zasadzie. Takim błędem zasadniczym jest ograniczenie przyjęcia chorych w obec zwiększającéj się ciągle cyfry ludności, bez poprzedniego zakładania przytulisk dla nieuleczonych. Oznaczanie zaś dwudziestu i kilku kategoryj chorób, wykluczonych od leczenia szpitalnego, do niczego nie prowadzi, skoro, jak p. Inspektor sam przyznaje, wystarczy powikłanie jakiejkolwiek kategoryi zakazanéj, aby zakaz stracił moc swoją, a o komplikacyję wcale nie trudno. Zmuszanie zaś lekarzy szpitalnych do zdania sprawy o każdym przypadku po upływie 6 tygodni, przysparza tylko pisaniny, tak wstrętnéj lekarzowi a odrywa go od nierównie ważniejszego zajęcia. P. Marszałek w mowie swojéj położył nacisk na zaoszczędzone 109.000 złr.; byłaby to suma wcale pokaźna w kraju tak biednym, jak Galicyja, gdyby to olśniewające lico nie miało swego bardzo niemnego nica. Przytoczymy tylko fakt jeden, który jest wymownym. Zeszłéj jesieni wypuszczony został z Kulparkowa niejaki Jan Kowal jako uleczony, a przynajmniej nieszkodliwy i przesłany pod należytą opieką do miejsca rodzinnego pod Radłowem. Człowiek ten nieszczęśliwy w jesieni 1875 r. dopuścił się był podpalenia, a badanie sądowolekarskie uskutecznione wówczas przez nas i kol. Neussera wykazało, że jest obłąkanym, w skutek czego Sąd uznał go za niepoczytnego i odesłał go do Kulparkowa. Ze względów oszczędności zapewne wyprawiony z zakładu zaledwie przybywszy do domu, znów dopuścił się podpalenia i zrządził szkodę przez znawców podaną na 10,000 złr. Powędrował tedy znów do więzienienia tutejszego, gdzie badanie uskutecznione przez nas i kol. Żuławskiego, znów wykazało jego obłąkanie,—i znów biedny chory odesłany został do Kulparkowa. Wydział krajowy pozbył się więc chorego tego na kilka tygodni; wśród ktorych mienie krajowe zmniejszyło się o $^1/_{11}$ część przeszło oszczędności wykazanéj przez p. Marszałka, nie wliczając kosztów przewiezienia do domu i napowrót, kosztów żywienia go w więzieniu, wynagrodzenia lekarzy sądowych itd. Jeżeli nas pamięć nie myli, słyszeliśmy o drugim podobnym przypadku. Jeżeli dodamy stratę materjalną poniesioną przez kraj skutkiem śmierci ludzi, zmarłych przedwcześnie z chorób na Indeksie umieszczonych, to owa suma 109,000 złr. staje się całkiem iluzoryjną. Sądzimy, że każdy lekarz przekonany jest o słuszności naszych uwag, a jednak nie podnosimy zarzutu przeciw szan. autorowi powyższego listu, albowiem obowiązkiem Wydziału i jego organów było wykonać ściśle uchwałę Sejmową. Inna rzecz, czy nie należy wziąść się energicznie do dzieła, aby ową uchwałę uczynić jak najmniéj dla społeczeństwa przykrą i szkodliwą. Rekryminacyje wzajemne, chęć uwolnienia siebie od ciężaru i zwalenia go na innych, są szkodliwe i do niczego nie prowadzą. Nie oskarżać się nawzajem, lecz działać połączonemi siłami należy. Pojmujemy, że jeżeli gdzie, to u nas dążenie do oszczędności jest arcywskazaném, ale równocześnie należy starać się o przytuliska tak dla nieuleczonych w ogóle, jako téż dla nieuleczonych obłąkanych w szczególności. Ludzkość wymaga, aby „niedołęga“ fizyczny znalazł godziwe pomieszczenie, a dobrze pojęty interes własny społeczeństwa żąda stósownego odosobnienia obłąkanych, zwłaszcza takich, którzy przez dopuszczenie się czynu zbrodniczego dowiedli, że są niebezpiecznymi dla życia lub mienia bliźnich. Anglicy i Francuzi posiadają osobne, świetnie urządzone zakłady dla takich nieszczęśliwych; my nie możemy mieć podobnych pretensyj, ale koniecznie pomyśleć musimy o przytuliskach choćby najskromniejszych. Przestańmy łudzić się co do skuteczności opieki gminnéj: jeżeli gminy stołeczne nie wiedzą co począć z obłąkanymi, którzy nie znajdują pomieszczenia w zakładzie, jeżeli biedni ci ludzie jak w wiekach średnich są tylko pośmiewiskiem dla gawiedzi ulicznéj, urągającéj ich niedoli, cóż mają począć z nimi gminy wiejskie, dla których są postrachem prawdziwym. Przed 10 laty otrzymaliśmy od czcigodnego duszpasterza gminy, któréj Sąd poruczył opiekę nad obłąkanym podpalaczem, list z zapytaniem, co gmina zawiniła, że Sąd włożył na nią obowiązek tak przykry a niepodobny do wykonania? Dlaczego Sąd nie zatrzymał go w więzieniu, jeżeli jest zbrodniarzem, a nie odesłał go do szpitala, jeżeli jest chorym? Musieliśmy przyznać słuszność interpelantowi, a od owego czasu stan rzeczy nie zmienił się, chyba na gorsze.

* Przez śmierć nieodżałowanego Dra Szeparowicza opróżnioną została jedna z najważniejszych w kraju posad, bo posada prymaryjusza oddziału chirurgicznego i operatora w szpitalu powszechnym we Lwowie. Jak wielkie znaczenie Sejm przywiązywał do téj posady, dowodzi fakt, że mianował Dra Szeparowicza rzeczywistym prymaryjuszem, pomimo, że dziwnym zbiegiem okoliczności był nadetatowym; jak nieboszczyk wypełniał ważne swoje zadanie, o tém nie tu miejsce rozpisać się; szanowany w stolicy, poważany w kraju, odbierał on cześć należną od kolegów fachowych w Wiedniu i w Niemczech, którzy nie mogąc dobrze wymówić nazwiska poważali go jako „operatora lwowskiego“. Los zawistny zabrał nam w kwiecie wieku jednego z najpilniejszych i najzdolniejszych kolegów; pamięci i zasługom jego winniśmy, aby luka, którą po sobie zostawił, wypełnioną została należycie; stolica zaś kraju, dotąd pozbawiona wydziału lekarskiego, zasługuje na to, aby miejsce Szeparowicza zajął operator znany i wprawny, chirurg nie od dziś lub wczoraj, lecz wyszły ze szkoły dobréj, długoletnią praktyką chirurgiczną doświadczony, wytrawny, do pracy wytrwałéj zahartowany, obdarzony samodzielnością, któréj się nabywa przez dłuższe kierowanie wielkim oddziałem. Jeżeli uwzględnimy z jednéj strony potrzeby wielkiego stołecznego miasta, a z drugiéj, że zaspokojenie téj potrzeby zawisłém jest wyłącznie od najwyższéj władzy autonomicznéj, na czele któréj stoi Mąż zaszczytnie znany z energii i niezawisłości, nie mamy właściwie obawy o losy najważniejszego oddziału szpitalnego we Lwowie. Tuszymy sobie, a razem z nami spodziewa się kraj cały, że w obec nadzwyczajnéj doniosłości sprawy, zamilkną wszelkie względy uboczne i że Wydział krajowy powoła kandydata najgodniejszego; nie chcemy i nie możemy pomyśleć nawet o tém, jakoby najwyższa władza autonomiczna powodować się mogła innemi względami, nad prawdziwe uzdolnienie, bobyśmy się stali pośmiewiskiem dla postronnych, którzy jeszcze nam zarzucają, że rządzić się nie umiemy, i pozbyć się nie możemy nepotyzmu. Przekonani jesteśmy, że Wydział krajowy przez zamianowanie najgodniejszego kandydata zada kłam wrogim nam oszczercom; aby zaś osiągnąć cel pożądany, wypada koniecznie rozpisać konkurs, aby Władza mogła spokojnie rozważyć kwalifikacyje kandydatów i mianować tego kandydata, którego kwalifikacyje same wskażą jako najgodniejszego następcę śp. Szeparowicza.

* Opróżnioną jest posada lekarza fabrycznego i skarbowego w Antoninach (na Ukrainie) z płacą roczną 1100 rubli sr., pomieszkaniem składającém się z 6 pokoi, opałem i utrzymaniem koni. Pierwszeństwo mają lekarze, którzy odbyli praktykę szpitalną na oddziale chirurgicznym i położniczym. Ubiegający się o tę posadę zechcą zgłosić się listownie do p. protomedyka Biesiadeckiego we Lwowie (w Namiestnictwie).

* W Cieplicach czeskich do d. 9 b m. bawiło gości kąpielowych 9569.

* W Giesshüblu do d. 24 sierpnia było osób 119.

* W Luhaczowicach do d. 1 bm. przybyło osób 1080.

* **Wiedeń.** Przebudowanie i uzupełnienie zakładu patologicznego, rozpoczęte pod koniec zeszłego półrocza, znajduje się w pełnym toku. Z właściwą Wiedeńczykom energiją i raźnością wzięto się do dzieła, mimo to, sądząc po obecnym stanie robót niepodobna przypuścić, aby budowa ukończoną została do 1 listopada, jak się zobowiązał kontraktem przedsiębiorca; będzie on płacił za każdy dzień pewną kwotę jako grzywnę za opóźnienie po nad 1 listopada, a niezdoła wykończyć wszystkich robót w ciągu 6 tygodni. Bo też nie rozchodzi się o bagatelkę! Wzdłuż całego gmachu stanie piętro drugie, a nadto między gmachem dotychczasowym a t zw. wieżą waryjatów wzniesie się nowy całkiem budynek półpiętrowy, przeznaczony na prosektoryja. Jak na teraz panuje w zakładzie najmilszy nieporządek; muzeum anatomii patologicznéj, tak starannie uporządkowane przez Rokitańskiego, zupełnie wypróżniono i zamieniono na kantynę, gdzie w najlepsze sprzedają piwa i kiełbasek dla robotników; zbiory wyniesione nie powrócą zresztą do tych sal, które obejmie w posiadanie prof. Stricker dla zakładu patologii doświadczalnéj. Do prosektoryjów zaledwie dostać się można bez szwanku, jak tego dowodzi obrażenie ciężkie w głowę, którego temi dniami doznał portyjer zakładu w skutek spadnięcia cegły; obrażonego musiano przenieść na klinikę Billrotha. Profesorowie bawią jeszcze na wsi, ale za to asystenci, pełniący swoje obowiązki, pracują śród stuku i kurzu i nieraz zmuszeni są przerywać czynności z powodu spadającego rumowiska. Że w takich warunkach o skutecznéj pracy po rozpoczęciu półrocza zimowego mowy być nie może, jest rzeczą jasną, ale za to Wiedeń otrzyma gmach, który przynajmniéj znów na ćwierć wieku odpowie wymogom wielkiego uniwersytetu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Katedrę Friedreicha otrzymał prof. Erb z Lipska.—**Gryfija.** Profesorem zwyczajnym chirurgii w miejsce Huetera mianowany został Dr. Paweł Vogt.

* **Nekrologija.** D. 18 lipca rb. zmarł w Warszawie Dr. Babiński. Urodził on się w r. 1826 w Krakowie, odbył nauki gimnazyjalne i uniwersyteckie pod Brodowiczem i Dietlem w mieście swém rodzinném, gdzie téż w r. 1852 uzyskał dyplom doktorski. Praktykował w Soczewce, w Radomiu i w Warszawie. Obdarzony liczną familiją pracował ciężko aż pod koniec życia na jéj utrzymanie. (*Medycyna*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Gajkiewicza: Przypadek porażenia rdzeniowego kurczowego z pomyślném zakończeniem; Dreckiego: Zatrucie kw. karbolowym wyleczone roztworem soli glauberskiéj; Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 37: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (c. d.); Jaworskiego: Kolorometryczna metoda oznaczenia ilości płynu w żołądku.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. KORCZYŃSKI: O zdrojach morszyńskich. (Odbitka z *Gazety Lek.* 1882), Warszawa 1882, in 8vo str. 17.

Prof. Dr. KADYI: Wykład wstępny przy objęciu katedry anatomii w lwowskiéj szkole weterynaryi. (Odbitka z *Przegl. Lek.*), in 8vo str. 5).

Dr. baron PFUNGEN: Uiber tonische Starre bei durchbrechenden Gehirnblutungen. (Odbitka z *W. med. Bl.* 1882) in 8vo str. 32.

Prof. TAMASSIA (w Pawii): La diagnosi medico forense dell'epilepsia. (Odbitka z *Rivista sper.*) Reggio 1882, in 8vo str. 12.

Dr. HAUMEDER: Uiber den Entstehungs-Mechanismus der Verletzungen des Kehlkopfes u. des Zungenbeines beim Erhängen. (Odbitka z *W. med. Bl.*), Wien 1882, in 8vo str. 8 z tabl.

Dr. ZILLNER: Englands Sorge für seine geisteskranken Verbrecher. (Odbitka z *W. med. Presse*), Wien 1882.

Dr. J. ROGOWICZ: Kassa wzajemnego zabezpieczenia kapitału pośmiertnego dla wdów i sierót po lekarzach pozostałych. (Odbitka z *Medycyny* 1882), in 8vo str. 11.

Dr. ZILLNER: Die gerichtliche Todtenbeschau in England. (Odbitka z *W. med. Bl.*), Wien 1882, in 8vo str. 21.

Piśmiennictwo lekarskie. GAVINZEL J. C. Etude sur la Morgue au point de vue administratif et médical. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. $1\frac{1}{2}$.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.